

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THÈSE

121

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Hernan Gualberto CHICO

Né le 20 Mai 1908, à Utuado Puerto Rico

ÉTUDE
sur la Glossodynne

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Hernan Gualberto CHICO

Né le 20 Mai 1908, à Utuado Puerto Rico

ÉTUDE

sur la Glossodynie

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1937

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoulLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MM J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anat. pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgic
TROISIER	Pathol. expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anat. pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MIS PADRES

*Humilde testimonio de mi cariño e
inmenso Agradicimento.*

A MIS HERMANOS

Cariñosamente.

A MI HERMANO CARMELIN

Perenne gratitud.

A MI AMIGO Y COLEGO
ET DR. EUGENIO GARCÍA MONJE

*Por el interés que se ha tomado en la
realización de esta tesis.*

A MIS AMIGOS Y CONDÍSCIPULOS

A M. LE DOCTEUR LAIGNEL LAVASTINE
Professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse et que nous re-
mercions très respectueusement.*

A M. LE DOCTEUR ALAJOUANINE
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin à l'Hospice de Bicêtre

*Qui a bien voulu nous accueillir dans
son service, et qui nous a fait l'hon-
neur de nous guider de ses conseils
dans la réalisation de cette thèse.*

*Avec notre profonde reconnaissance et
notre très grande admiration.*

A M. LE DOCTEUR THUREL
Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris

*En reconnaissance de l'intérêt qu'il
nous a témoigné dans la réalisation
de notre thèse.*

A TOUS MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

La glossodynie est une affection névralgiforme associée parfois à de petites lésions des papilles, et qui se caractérise par des sensations diverses (brûlure, picotement, constriction, etc...), permanentes ou périodiques, localisées soit aux bords, soit à la pointe, soit à toute l'étendue de la langue. Au point de vue médical une discussion sur la glossodynie est d'importance plutôt académique que pratique, vu la rareté de l'affection. Elle est au contraire du plus haut intérêt pour les sujets qui en sont atteints, car la maladie est très pénible et très gênante, d'autant plus que la plupart des glossodyniques sont des sujets appartenant à un groupe spécial. Ce sont des psycho-névropathes, des émotifs, des individus qui deviennent facilement la proie de la douleur. Celle-ci, localisée à un organe extrêmement sensible, désespérante par sa persistance, d'une intensité parfois inouïe, entraîne les malades fatalement vers l'abattement et l'obsession hypocondrique.

Convaincus que la recherche de l'étiologie pouvait seule aboutir à une thérapeutique capable d'enrayer le mal, beaucoup d'auteurs ont essayé de remonter jusqu'à l'origine de la glossodynie. Leurs efforts ne sont pas restés infructueux et aujourd'hui on connaît un grand nombre de facteurs capables de déterminer la maladie. Il y a néanmoins des cas très nombreux où l'agent causal échappe à tous les moyens d'exploration mis en œuvre et seule une thérapeutique palliative peut être instituée, thérapeutique dont les effets ne sont pas toujours satisfaisants.

Cette thèse, dont le but principal est de réunir dans un ensemble tous les facteurs étiologiques connus, sera divisée en six chapitres dans l'ordre suivant :

- I. — *Historique.*
- II. — *Etiologie.*
- III. — *Etude clinique.*
- IV. — *Formes cliniques.*
- V. — *Traitement.*
- VI. — *Conclusions.*

Une dernière partie est consacrée à la présentation de quelques cas cliniques.

HISTORIQUE

Lorsqu'on essaie, par un examen attentif de la littérature, d'obtenir quelques renseignements sur ce sujet, on est frappé par la petite quantité de matériel à la disposition du lecteur.

Openheim, dans son texte sur les maladies nerveuses, ne lui dédie qu'un maigre paragraphe, et dans la littérature en général on se trouve en présence de la même pauvreté bibliographique. A part cette exiguité documentaire, les opinions sont très partagées en ce qui concerne la genèse historique de la maladie; ainsi on trouve que tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le clinicien qui a le mérite de l'avoir observée pour la première fois.

Parmi les autorités médicales qui se sont occupées du problème, il y en a beaucoup qui attribuent la description première de la maladie à la plume de Verneuil. Il est certain, néanmoins, que l'affection était connue bien avant lui, et Magitot cite Vigier comme ayant attiré l'attention sur cet état pathologique de la langue en 1620, dans son ouvrage : « Tractus absolutissimus de catarrho-rhumatismo vitiis linguæ ». Dechambre cite Haliday qui, dans ses considérations sur les névralgies de la face, datant de 1832, en emprunte un cas à Breiver; cas typique de glossodynie d'après la description donnée par l'auteur. Gilpin cite le travail de Buisson (1850) comme étant la plus ancienne référence qu'il ait pu trouver. Pour notre part, nous avons pu constater que la maladie n'était pas inconnue de Rigal, qui rapporte, dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratique* de 1876, l'histoire d'un cas qu'il suivit pen-

dant une année. Il s'agissait d'une femme de 72 ans qui ne présentait aucune lésion appréciable de la langue, mais qui se plaignait d'une douleur comparable à celle produite par une brûlure localisée aux trois quarts antérieurs de la muqueuse linguale. Voilà donc un clinicien français qui attire l'attention, déjà en 1876, sur ce que les médecins anglo-américains ont appelé par la suite le syndrome « Burning tongue », qui n'est autre chose qu'une variété de la maladie qui fait l'objet de cette thèse. Neuf ans plus tard, Kaposi, auteur viennois, emploie pour la première fois le mot glossodynïe. En 1887, date mémorable dans l'histoire de la glossodynïe, Verneuil sépara cet état douloureux de la langue des autres glossalgies et le présentait au monde médical dans la catégorie des maladies autonomes. « Ulcération imaginaire de la langue », tel était le titre de la communication que le grand maître fit à l'Académie de Médecine le 27 septembre de cette année; communication qui fut suivie, séance tenante, d'une discussion sur l'étiologie de la maladie. Au cours de cette discussion, un grand nombre de cliniciens les plus réputés de l'époque (parmi lesquels nous citerons Fournier, Laborde et Hardy), qui tous apportèrent des observations personnelles, prirent la parole.

A partir de cette date, l'étude de la glossodynïe prend un élan considérable. Nombreux sont les auteurs qui s'occupent du problème. Ainsi la publication des cas ne fait què s'accroître au fur et à mesure que l'on s'approche de nos jours, Chauveau, en 1899, publia quatre observations sous l'en-tête : « Glossodynïe latérale papillaire de la région foliée ». L'année suivante, Butlin et Spencer en donnent une discussion très détaillée dans leur ouvrage « Diseases of the tongue ». Une grande partie de cette discussion est dédiée à l'étude étiologique de la maladie et consécutivement à son traitement, sans oublier toutefois la symptomatologie et même quelques rensei-

gnements anatomo-pathologiques. La syphilographe espagnol Azúa publia, en 1910, quatre cas suivis d'un long exposé sur les phénomènes psychiques déterminés par la glossodynie. Engman enrichit encore la littérature de douze observations en 1920, et donna par la suite des renseignements très intéressants sur les causes déterminantes de la maladie. Les années qui suivent se caractérisent par la multiplicité des observations rapportées. Nous ne ferons que les énumérer dans l'ordre chronologique : Béal, quatre cas en 1822; Mc Phredan, six cas en 1927 ; Scellei discute deux cas en 1928; Michael fait une discussion sur l'étiologie de l'affection en 1931; Montgomery et Culver rapportent 37 cas en 1932; Gilpin, 37 cas en 1936.

Il est facile de voir d'après la discussion précédente que l'étude historique de la glossodynie peut être divisée en deux grandes périodes. D'abord une période pré-Verneuil; époque dont le début est incertain et qui se termine avec la séance de l'Académie de Médecine du 27 septembre 1887. Durant cette longue période, la maladie reste confondue, amalgamée avec les autres algies linguales, nonobstant le fait que certains auteurs clairvoyants aient été frappés par l'allure clinique et la symptomatologie particulière de cet état douloureux de la langue. Une seconde période suivit, période post-Verneuil, s'étendant de 1887 à nos jours, pendant laquelle la maladie, déjà individualisée, est l'objet d'études considérables. Tous les efforts ont eu pour but de trouver une étiologie à la maladie, en vue de lui apporter une thérapeutique efficace. Nous verrons dans un autre chapitre de cette thèse où ont abouti ces travaux.

ETIOLOGIE

En étudiant la littérature médicale des pays dans lesquels la maladie a fait l'objet d'études pendant le dernier demi siècle, nous avons pu constater que les facteurs capables de la déterminer sont très variables. Les auteurs français, américains, anglais et espagnols que nous avons pu consulter sont d'accord sur ce point de vue, et dans les cas rapportés par eux une nouvelle étiologie est toujours incriminée, toujours un nouveau facteur déterminant est mis en lumière. C'est tantôt la paralysie générale, tantôt l'amygdalite aiguë, tantôt les abcès dentaires ou autre élément quelconque qui est considéré comme étant à l'origine de la glossodynie, et dans tous les cas l'efficacité du traitement d'épreuve ne laisse pas de doutes sur l'importance du facteur incriminé.

Pour faciliter l'étude étiologique de la glossodynie, nous ferons deux groupes des différents éléments considérés comme capables de causer la maladie : dans un premier groupe les facteurs d'ordre général seront énumérés, dans le second on envisagera une description des facteurs d'ordre local.

A. — *Facteurs d'ordre général.*

Parmi les facteurs d'ordre général, il faut classer quelques états morbides, les uns d'origine syphilitique, les autres de nature diathésique, qui sont donnés par beaucoup d'auteurs comme pouvant, dans certains cas, déterminer la glossodynie.

C'est ainsi qu'on a cité le tabès comme élément

causal de la maladie. M. Alajouanine rapporte l'histoire clinique de deux cas de glossodynies chez des tabétiques. Dans ces cas, il y avait une atteinte élective du trijumeau se traduisant dans le domaine du nerf lingual par une sensation paresthésique qui pouvait être assimilée à celle qu'on voit chez les tabétiques au niveau de la face, au masque facial.

La paralysie générale a été, elle aussi, accusée d'être à la base de quelques cas de glossodynies. Verneuil en a rapporté un cas extrêmement intéressant lors de sa communication à l'Académie de Médecine en 1887 ; il s'agissait d'un médecin, ex-interne des hôpitaux, qui souffrait depuis quelque temps de douleurs localisées au niveau de la langue. L'idée d'une tumeur maligne le tourmentait à un tel point qu'il harcelait le grand clinicien de ses consultations répétées, l'accusait de manque d'attention à son égard, lorsque celui-ci l'assurait de la bénignité de son cas, et demandait une intervention radicale qui le délivrerait de son cancer, purement imaginaire. Ce patient est mort de paralysie générale. Pour Laborde, un grand nombre de paralytiques généraux ont un véritable délire hypocondriaque qui se trouve localisé à la langue.

L'étiologie goutteuse compte parmi ses défenseurs des cliniciens de grande valeur. Parmi ceux-ci, nous citerons Fournier et Verneuil, qui ont cité des cas où la glossodynies pouvait être attribuée à cette diathèse.

Hormis ces causes d'ordre syphilitique ou diathésique, on a signalé toute une série de facteurs : soit d'ordre toxique, soit d'ordre endocrino-sympathique, ou autre, dont l'importance étiologique semble incontestable.

Parmi les défenseurs de l'étiologie toxique, nous citerons Hardy, qui incrimina les préparations mercurielles, administrées très longtemps, comme étant l'élément causal de la maladie chez les syphiliti-

ques. D'après cet auteur, il n'est pas rare d'observer chez les individus qui ont pris du mercure pendant des années un certain degré de rougeur des gencives et des lèvres, ces rougeurs peuvent disparaître par la suite, mais elles laissent après elles une nécrose simple de la bouche caractérisée par de la chaleur, de la cuisson, des douleurs qui peuvent faire penser soit à une lésion syphilitique, soit à un cancer ou à une simple ulcération. L'examen ne révèle toutefois aucune lésion.

Le café et le thé, s'ils sont pris en quantités considérables, peuvent déterminer la maladie. Culver en rapporte huit cas de glossodynie chez des buveurs de café ou de thé. La suppression de ces boissons guérit les patients. Ce même auteur est d'avis que les mets sucrés et les fruits jouent un rôle étiologique considérable. Il mentionne le fait que, chez neuf de ses malades, la seule cause à laquelle la maladie pouvait être attribuée était l'ingestion exagérée de telles substances. Une thérapeutique en conséquence eut raison de la maladie.

Les troubles endocrino-sympathiques de la ménopause sont considérés comme étant une des causes les plus fréquentes de la glossodynie. En effet, dans la grande majorité des cas, il s'agit de femmes qui ont dépassé l'âge moyen de la vie et qui présentent tous les symptômes d'une ménopause mal supportée. Culver, qui a étudié la question, nous informe que dans 67 % des cas observés par lui, il se trouvait en présence de femmes ayant dépassé la quarantaine, présentant des troubles en rapport avec la ménopause. M. Alajouanine cite un cas typique de glossodynie chez une femme de 52 ans dont le seul élément étiologique à incriminer était un trouble endocrino-sympathique sous la dépendance d'une ménopause en voie de constitution.

et mal supportée. Une thérapeutique de sédation du système végétatif, belladone, gardénal, etc., a donné des résultats intéressants.

B. — *Facteurs d'ordre local.*

Dans ce chapitre, nous allons réunir un ensemble de causes étiologiques produit pour la plupart, des derniers travaux sur la glossodynie. Deux variétés d'éléments rentrent dans ce groupe, ceux à siège extra-lingual et ceux dont l'origine se trouve localisée à la langue elle-même.

1. — *Facteurs à siège extra-lingual.*

Il faut placer en tête de ligne les abcès et les caries dentaires, la pyorrhée et, en général, toutes les lésions alvéolo-dentaires. Darrier considère ces lésions comme étant la cause primordiale de la glossodynie, et, d'après cet auteur, « les soins éclairés d'un dentiste la guérissent plus sûrement que ne fait la psychothérapie ». On a pensé, en outre, que les appareils de prothèse dentaire peuvent se trouver à l'origine de la maladie. Fournier fut le premier à attirer l'attention sur ce fait, et d'après lui la douleur cesse complètement après l'ablation de l'appareil. Dernièrement, le professeur Lain, d'Okalakoma, a donné l'explication du mécanisme suivant lequel ces appareils déterminent la maladie. Cet auteur suggère la possibilité d'une décharge électrique entre deux métaux dissemblables qui, en présence de la salive, agissant comme électrolyte, constituerait une batterie galvanique. A l'appui de cette théorie, le professeur Lain cite les résultats obtenus grâce à deux groupes d'expériences accomplies par lui. Dans une première série d'expériences, il suspend dans une solution-tampon plusieurs échantillons d'appa-

reils métalliques avec des dents portant des incrustations d'un métal quelconque. Une réponse électrique fut obtenu dans tous les cas où les métaux plongés dans la solution étaient dissemblables. Dans une seconde série d'expériences, l'auteur, au moyen d'un ampèremètre extrêmement sensible, relié à la cavité buccale de sujets porteurs d'appareils dont les parties constituantes ne sont pas du même métal, mesure la décharge électrique se produisant entre eux. Il a obtenu des réponses variant entre un et quarante micro-ampères dans 100 % des cas. L'expérimentateur conclut que l'action de cette décharge électrique pouvait expliquer les phénomènes douloureux accusés par les patients. Lain affirme, en outre, que l'appareil peut exercer une action chimique sur la muqueuse, il s'agit tantôt de porosité exagérée favorisant les fermentations, tantôt de la mise en liberté de substances diverses, aluminium, cuivre, zinc, etc..., suivant les variétés de métaux employés pour la fabrication de l'appareil en question.

Toutes les lésions otiques pouvant intéresser la corde du tympan sont susceptibles de causer la maladie. Azúa en cite un cas où la seule cause pouvant être incriminée était une lésion de la caisse.

Gilpin a trouvé qu'un grand nombre de ses malades présentaient, en plus de leur âge, des signes de sclérose des vaisseaux cérébraux. Il considère ce phénomène comme un facteur étiologique possible.

Sluder pense que la maladie peut se présenter comme une manifestation isolée d'une lésion du ganglion nasal.

Les troubles gastro-intestinaux sont eux aussi énumérés parmi les causes possibles de la glossodynie. L'hypo et l'hyperacidité stomacale sont les phénomènes les plus fréquemment observés. Culver a obtenu la guérison de la maladie au moyen d'une thérapeutique ayant pour but l'amélioration de l'état du tube digestif.

Sceillei, en 1928, discute un cas dans lequel la maladie était associée à l'hyperacidité stomacale. Il a recommandé l'administration d'alcalins et d'une diète appropriée comme traitement. Morelli sanctionne l'observation de Scellei et rappelle l'attention encore une fois sur l'action bienfaisante des alcalins et le régime. Il a confirmé une autre observation du même auteur dans laquelle, en déterminant une hyperacidité légère, il obtint le syndrome « burning tongue » (langue brûlante), état qui fut amélioré par le traitement déjà indiqué.

2. — *Facteurs à siège lingual.*

Ces causes intrinsèques siègent souvent au niveau de la quatrième amygdale. Sluder cite deux cas de la maladie secondaire à une amygdalite aiguë. Culver et Montgomery ont rapporté des exemples semblables.

Herbert French considère la maladie comme étant de nature streptococcique. Cet auteur a fait des cultures qui ont montré la présence du microbe au niveau de fissures linguales parfois très discrètes. Le streptocoque siège profondément sous la couche épithéliale.

Quelques auteurs, dont Bénard, croient à une névralgie par irritation périphérique partie d'une érosion minime siégeant le plus souvent au fond d'un pli de papille foliée ou de langue scrotale et qu'il compare à un intertrigo lingual. Les douleurs seraient en somme comparables à celles de la fissure anale.

Une importance étiologique considérable est accordée aux papilles foliées. On connaît sous ce nom une colonne de petites projections verticales de la muqueuse situées sur le bord de la langue immédiatement en avant du point d'attache du pilier anté-

rieur. N'existant que sous la forme de vestiges dans l'espèce, elles contiennent quelques glandes gustatives et des rameaux nerveux lui venant du glossopharyngien. Peu d'importance pathologique leur est souvent octroyée, mais en réalité elles peuvent être la source de troubles plus ou moins sérieux, dans deux circonstances différentes. Ou bien les papilles sont hypertrophiées et le sujet atteint croit au cancer et alors une glossodynie d'origine phobique s'établit, ou bien elles sont enflammées et douloureuses. Marshall et Prangnell citent des cas de glossodynie dans lesquels cette étiologie semble évidente.

Tels sont les facteurs incriminés par la grande majorité des auteurs comme pouvant causer la maladie. La liste est longue, mais elle pourrait l'être davantage, car on n'a pas mentionné dans la discussion précédente un certain nombre d'éléments dont le rôle étiologique n'est pas admis par beaucoup de médecins. Parmi ces derniers, on compte : le myxoédème, le paludisme, la migraine, l'anémie pernicieuse.

La cancérophobie est citée par Engman et Azúa comme une des causes de la glossodynie. Chauveau, au contraire, est d'avis que c'est la douleur linguale qui réveille chez les malades cette crainte pour le cancer et non *vice versa*. Il faut remarquer que ce phénomène s'observe dans 98 % des cas et que si dans beaucoup d'entre eux il est survenu lorsque la maladie est déjà établie, dans d'autres il précède celle-ci. Prangnell cite un cas où l'importance de l'étiologie phobique est pleinement démontrée.

Il est intéressant de noter que la plupart de ces facteurs étiologiques sont d'observation quotidienne, alors que la glossodynie est une maladie rare. Les troubles gastro-intestinaux sont si fréquents que pour beaucoup d'auteurs l'homme civilisé moderne a toujours une gastro-entérite. On peut en dire autant en ce qui concerne les caries et les abcès

dentaires. Une grande partie de la population de tous les pays boit du café et du thé en quantité considérables. Les troubles endocrino-sympathiques de la ménopause sont loin d'être rares, de même que le reste des éléments incriminés. Il doit donc y avoir un facteur essentiel, une cause prédisposante quelconque, élément *sine qua non* qui favorise l'apparition de la maladie. Cette discussion nous amène à parler de la variété de sujets chez qui on observe l'affection. Tous les auteurs sont d'accord pour les considérer comme des psychonévropathes, des émotifs, des personnes chez qui, pour employer une phrase chère à Gilpin, le seuil de la douleur se trouve particulièrement abaissé. Au cas où l'un des causes mentionnées ci-dessus atteint ces individus, cause qui chez un sujet normal n'aurait pas la moindre répercussion, elle ne saurait rester muette chez ces organismes dont la porte d'entrée à la douleur est facilement accessible. La glossodynies serait la manifestation la plus fréquente d'une telle cause chez un tel sujet. Cette hypothèse peut expliquer, dans une certaine mesure, quelques variétés de la maladie.

Hâtons-nous de dire toutefois que ces facteurs étiologiques, si nombreux et si variés, n'expliquent qu'un certain nombre de glossodynies. Dans maints cas, l'examen le plus minutieux ne permet pas de remonter jusqu'à une origine définie de l'affection et seules des hypothèses plus ou moins ingénieuses permettent d'instituer un traitement dont l'efficacité laisse toujours beaucoup à désirer. Le malade est alors obligé de s'habituer à sa maladie, de vivre en harmonie avec cette douleur qui n'est pas toujours supportable. Quelques-uns y réussissent, mais la majorité s'acheminent vers l'hypocondrie, d'autant plus facilement que leur équilibre nerveux est loin d'être parfait.

ETUDE CLINIQUE

Dans la grande majorité des cas, c'est la crainte du cancer qui pousse les malades (70 % des cas étant des femmes) à consulter un médecin. Ils arrivent dans un état d'inquiétude extraordinaire qui peut se convertir plus tard en état d'abattement hypochondriaque, d'obsession continue du danger qui les menace. Pourtant, l'examen minutieux de la langue ne montre aucun indice de tumeur, ce qui permet au médecin de les assurer de la bénignité de l'affection. Malgré cela, les patients s'obstinent, font sortir fortement leur langue et essaient de toucher avec leur doigt vers un des bords la région des papilles foliées pour indiquer que c'est là le siège de leur mal (le début du cancer). Le médecin se voit obligé d'insister à plusieurs reprises pour parvenir à ôter de l'esprit de tels sujets la phobie qui les torture. Cette esquisse représente fidèlement le tableau d'examen d'un glossodynique.

Les symptômes et l'évolution de la maladie sont donnés avec force détails par Verneuil dans son rapport. Nous reproduirons cette observation qui permet, en outre, de se représenter une image vive du malade aussi bien que de la glossodynie en général.

« M. X..., avocat habitant la province, quarante-deux ans, de taille moyenne, fortement musclé et muni d'un embonpoint notable, offre toutes les apparences de la santé, il n'a jamais fait de mala-

die sérieuse, n'a point eu la syphilis, et se croit seulement menacé de la goutte par ses antécédents de famille.

Il vient me consulter pour la première fois au commencement de 1886 pour une affection de la langue qui l'inquiète fort, qu'il croit de nature maligne, et pour laquelle il a plusieurs fois déjà demandé le conseil des médecins. Cette affection, survenue il y a plus d'un an sans cause appréciable, va toujours en s'aggravant et a résisté jusqu'alors à tous les moyens mis en usage. Elle provoque tantôt une simple gêne, tantôt une sensation pénible allant parfois jusqu'à la douleur plus ou moins vive qui occupe un point circonscrit ou s'étend à la moitié de l'organe avec ou sans propagation du côté de l'oreille.

La mastication, la déglutition, l'exercice prolongé de la parole exagèrent toutes ces sensations bien qu'ils s'exécutent facilement, les mouvements de la langue n'étant point entravés.

M. X... mène une vie active, mais régulière, il se nourrit bien comme un bon Bourguignon, mais ne fait point d'excès, il digère facilement. Sa peau est intacte ainsi que l'appareil respiratoire. Il n'a jamais beaucoup fumé, mais a même complètement cessé depuis plusieurs mois. L'examen des urines fait quelques semaines auparavant a été complètement négatif.

Après avoir écouté ce récit, je procède à l'exploration locale. M. X..., en homme habitué à s'examiner et à se faire examiner, se place devant la fenêtre de façon que la lumière éclaire bien la cavité buccale; il ouvre alors largement la bouche, tire la langue très loin en dehors et l'incurvant à gauche, de manière à ce que le bord droit devenu convexe soit bien exposé à la vue, puis il attend.

Je regarde attentivement la région, je promène lentement mon doigt sur le bord de la langue sans rien sentir de suspect. La langue est volumineuse,

large, molle, souple, absolument saine, les dents en bon état, la muqueuse buccale intacte, les ganglions sus-hyoidiens non engorgés.

Je soupçonne aussitôt l'affection imaginaire et j'annonce au patient le résultat négatif de mon examen. Lui, fort surpris, insiste, il me prie de l'examiner de nouveau, m'offrant de m'indiquer exactement le siège du mal; il porte alors son doigt sur le bord de la langue, à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs, et, arrêtant le doigt sur la plus externe et la plus antérieure des papilles caliciformes, il balbutie les mots : « C'est là, c'est là ». Pour le contenter, je touche à mon tour la papille susdite à laquelle je ne trouve rien d'anormal; je fais constater au malade lui-même qu'au point correspondant du bord opposé de la langue, on perçoit la saillie rugueuse et inégale de la même papille caliciforme.

J'en conclus qu'il s'agit donc d'une simple névralgie linguale à siège spécial, à forme particulière, telle que je l'ai observée plusieurs fois; affection fort tenace sans doute, mais qui n'offre aucun danger dans le présent et dans l'avenir; j'ajoute que la prétendue ulcération n'est qu'une disposition anatomique naturelle existant chez tout le monde et des deux côtés.

M. X... m'écoutait sans paraître bien convaincu, il ne pouvait croire qu'une lésion permanente et douloureuse fût exempte de tout danger; cependant, il m'avoua que les médecins précédemment consultés ne s'étaient jamais prononcés sur la nature de son mal, ils avaient toujours cherché à le rassurer; pour calmer, d'ailleurs, les douleurs, on avait prescrit divers gargarismes, le borax, le chlorate de potasse et porté le crayon de nitrate d'argent sur le point sensible. A l'intérieur et malgré les dénégations du malade, on avait administré l'inévitable

iodure de potassium, mais rien n'avait réussi d'une façon durable.

J'annonçai à M. X... que je lui garantissais la bénégnité de son mal; mais non la guérison, puis je prescrivis le traitement des névralgies chez les arthritiques. L'eau de Vals aux repas, la liqueur de Fowler, les gargarismes très chauds, les bains alcalins, la réforme du régime alimentaire avec réduction des substances azotées, la suppression du café et des liqueurs. Au moment des crises douloureuses, les attouchements avec un pinceau imbibé d'une solution de cocaïne au 20°. Exercices physiques, précautions contre le froid, etc...

Le résultat de cette thérapeutique et peut être aussi de mes assurances optimistes fut très satisfaisant. L'amélioration fut considérable au point de vue physique et psychique; je restai plusieurs mois sans revoir mon client; il me revint cependant au printemps dernier avec une rechute assez marquée; il avait naturellement cessé son traitement depuis de longs mois. Je ne constatai rien d'anormal; seulement, comme les attouchements à la cocaïne ne soulageaient guère, je conseillai, si la douleur devenait intense, les injections hypodermiques au chlorhydrate de morphine dans le parenchyme lingual lui-même au voisinage du point douloureux. Je recommandai surtout la reprise complète du traitement antérieur.

Ceci fut fait, mais non les injections de morphine, une nouvelle amélioration s'ensuivit; cependant, au mois d'août, je reçus un télégramme ainsi conçu : « Langue en très mauvais état, douleur vive, grande inquiétude, quand pourrai-je vous voir? » Cette dépêche m'arriva à Aix, en Savoie. Je ne savais trop qu'en penser, mais comme je ne devais revenir à Paris que quelques semaines plus tard et que M. X... habitait la Bourgogne, je lui répondis que s'il y avait quelque chose de véritablement

grave, il vint me trouver à Aix; il ne crut pas nécessaire d'agir ainsi, mais le surlendemain de mon retour ici, c'est-à-dire le 22 septembre dernier, il entra dans mon cabinet.

Je m'attendais à trouver quelque désordre notable, il n'en était rien. Sa langue était toujours souple et molle, recouverte toutefois d'un enduit général dû simplement à un état gastrique qui durait depuis une semaine et que l'emploi des purgatifs salins avait d'ailleurs amélioré déjà.

La douleur seulement semblait s'être à la fois déplacée et diffusée. M. X... ne me montrait plus la région de la papille caliciforme, mais il insistait beaucoup sur l'existence d'un point blanc siégeant, paraît-il, sur le bord de la langue à égale distance de la base et de la pointe et que je ne pus distinguer. Le patient s'étant de plus découvert une nouvelle lésion siégeant à la face inférieure, au voisinage du filet lingual; c'était tout uniquement la saillie papilliforme de l'orifice du canal de Warthon avec quelques petites dilatations variqueuses si fréquentes en cette région.

Je cite ces détails minutieux pour montrer le rôle que joue l'imagination chez les malades de cette catégorie.

Du reste, M. X... me déclara que la crise du mois d'août avait été passagère et que c'était par acquit de conscience qu'il était revenu me voir. Je le renvoyai rassuré encore une fois et sans lui prescrire rien de nouveau. »

Dans ce rapport, Verneuil insiste sur l'absence de signes objectifs. A ce point de vue, tous les auteurs ne sont pas du même avis. Azúa, Chauveau, Fernet et d'autres ont trouvé des lésions diverses dont voici les plus fréquentes. Hypertrophie des papilles fongiformes et surtout filiformes limitée à un certain groupe d'entre elles ou ne portant que sur

des papilles isolées. L'examen à la loupe peut montrer l'existence de petits points rouge vif, d'aspect déprimé paraissant résulter d'une abrasion de la muqueuse à cet endroit. Ces lésions minimales ne se voient qu'en dépliant la muqueuse. On a signalé en outre la fréquence de la dilatation variqueuse des veines sublinguales.

La douleur, signe principal de la glossodynie, peut siéger soit sur une zone localisée (bords, pointe ou base), soit sur toute l'étendue de la muqueuse linguale. Tantôt continue, tantôt intermittente, elle peut s'irradier vers la gorge ou bien vers les autres parties de l'organe, rarement vers le voile du palais et des lèvres, jamais vers la face inférieure de la langue. Elle peut être spontanée ou provoquée par les mouvements fonctionnels de la langue. Parfois, lorsqu'elle est permanente, la douleur peut disparaître quand le malade introduit dans sa bouche un objet quelconque. Cette douleur peut revêtir les caractères de simple gêne, de paresthésie, de brûlure, de picotement, de constriction, de pincement, de déchirure. Dans quelques cas, le malade n'arrive pas à définir exactement la sensation qu'il éprouve. La douleur souvent supportable peut présenter une intensité inouïe.

On a signalé, dans des cas assez rares, la présence de xérostomie.

Notons qu'il n'y a pas d'anesthésie générale, pas de troubles gustatifs, pas de convulsions des muscles de la langue, pas de troubles trophiques apparents.

L'évolution de la maladie peut être de courte durée. C'est le cas des glossodynies dont l'étiologie étant connue, on peut traiter l'affection avec succès. Dans la majorité des cas, l'évolution est au contraire très longue. Gilpin a observé un sujet qui a souffert de la maladie pendant 19 ans. Nous avons eu l'occasion d'examiner un cas dont le début remon-

taît à 1929. Aujourd'hui, sa douleur reste stationnaire et la possibilité d'une amélioration prochaine semble improbable.

Le pronostic est en général bénin au point de vue vital. Il peut devenir sombre dans quelques cas où la douleur, par son intensité, empêche le sommeil et l'alimentation du malade. Notons enfin la possibilité d'hypocondrie toujours à craindre chez cette catégorie de malades. C'est un danger qui les guette constamment et qui doit être tenu en ligne de compte lorsqu'on est contraint de se prononcer sur de tels sujets. En conséquence, on est en droit de réserver toujours le pronostic d'une personne atteinte de glossodynie.

FORMES CLINIQUES

On distingue deux grandes variétés de glossodynie, la variété essentielle et la variété réflexe.

La première comporte trois formes cliniques que voici :

a) Glossodynie paresthésique de M. Alajouanine.

Dans ce groupe, on classe des cas aux manifestations paresthésiques, c'est-à-dire des sensations anormales désagréables et fort pénibles qui vont depuis les picotements jusqu'aux brûlures. En général, elles sont localisées au territoire du lingual, c'est-à-dire qu'elles portent sur les bords de la langue dans ses deux tiers antérieurs ou sur sa face antérieure, mais qui respectent la face postérieure.

b) La forme rhumatismale dans laquelle la douleur occupe généralement toute la masse musculaire de l'organe sans distinction marquée de tel ou tel muscle isolément, douleur augmentant dans les mouvements fonctionnels, dans les efforts, tensive, lancinante : tantôt fixe et permanente, tantôt coupée de rémissions, sans augmentation de volume ni de température, malgré les sensations fréquentes de chaleur ou de cuisson accusées par les malades.

c) Forme névralgique, dans laquelle la douleur généralement spontanée intermittente, ne s'exagérant point par les mouvements fonctionnels, occupe soit un rameau unique (névralgie unilatérale), soit

deux rameaux pairs et symétriques (névralgie double).

La glossodynïe réflexe se caractérise par une douleur, ou sensation de brûlure, occupant le territoire du lingual. Le réflexe à point de départ stomacal, dans la majorité des cas, suit le trajet du vague jusqu'à son noyau dans le plancher du quatrième ventricule. Il gagne ensuite le noyau du trijumeau pour atteindre la langue par l'intermédiaire de ce nerf.

TRAITEMENT

Nous diviserons ce chapitre en deux parties. La première sera consacrée à l'étude du traitement prophylactique, la seconde à celle du traitement curatif.

A. — *Prophylaxie*

Cette phase du traitement intéresse autant l'odontologue que le médecin. Hygiène buccale stricte, soins dentaires chez les prédisposés.

Lorsqu'on se voit dans la nécessité de leur faire porter un appareil de prothèse dentaire, avoir soin de leur en faire construire un d'un seul métal ou, ce qui est mieux, non métallique. Une attention toute particulière doit être prêtée à l'état de leur tube digestif étant donné la fréquence des troubles gastro-intestinaux. Eviter la répercussion que peut provoquer dans leur organisme les troubles endocrino-sympathiques de la ménopause, par une thérapeutique hormonique et calmante appliquée à temps. Les femmes psycho-névropathes, les émotives, seront l'objet d'une surveillance spéciale pendant cette période critique de leur existence, car c'est à ce moment qu'on assiste aux débuts de la maladie dans presque tous les cas.

B. — *Traitement curatif*

La maladie une fois déclarée, le premier soin du médecin sera de garantir au malade la bénignité du mal. Ceci fait, il essaiera de trouver une stratégie à l'affection pour l'attaquer à sa base même. Si l'on

décèle l'un des facteurs déjà énumérés, le traitement est évident et n'offre rien de particulier. Nous insisterons néanmoins sur une des possibilités étiologiques dont le traitement est autrement intéressant. Il s'agit de la glossodynie consécutive aux amygdalites. Cette variété de glossodynie est contrôlable par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin. Ainsi, Sluder conseilla de la traiter par la cocaïnisation de celui-ci. Il faut noter que la douleur peut apparaître au bout d'un certain temps après la cocaïnisation (deux semaines dans un cas de Sluder). Une seconde anesthésie du ganglion s'impose, et même une troisième pour obtenir la guérison définitive de la maladie. Dean a obtenu la guérison de cas semblables en injectant dans le ganglion nasal un mélange contenant 95 % d'alcool et 5 % de phénol.

Le traitement étiologique ne dispense pas du traitement général. Celui-ci doit être essentiellement calmant : bromures, belladone, chloral, valériane, etc., etc...

Lorsque l'examen ne permet pas de rattacher la maladie à un facteur étiologique quelconque, on se contentera du traitement général, qui sera complété par un traitement local. Parmi les moyens locaux, on compte : les applications de cocaïne; lavages de bouche avec la solution analgésique de Brocq (solution saturée d'acide borique dans une infusion d'écorce d'orme); la cautérisation des papilles hypertrophiées par l'acide trichloro-acétique.

Dans une conférence faite à la séance de la Société d'Odontologie de Paris le 7 juillet 1936, M. le Professeur agrégé Hagueneau vante l'efficacité de la radiothérapie dans toutes les causalgies à point de départ dentaire. Cette thérapeutique, qui a donné des succès dans des causalgies de la même région que la glossodynie, est une méthode à essayer. Notons néanmoins que son efficacité dans l'affection qui nous occupe n'est nullement démontrée.

M. Hagueneau recommande de pratiquer cette radiothérapie dans les conditions suivantes :

« 1° Première condition — absolue — c'est que se doit être une radiothérapie précoce : le grand malheur pour ces malades, c'est que l'on commence à avoir recours, chez eux, à toute la série des agents médicamenteux, analgésiques, en pensant et en disant qu'il sera bien temps d'utiliser la radiothérapie en cas d'échec;

2° Deuxième condition, la radiothérapie doit être appliquée à doses suffisantes : c'est ainsi un point très important. Je n'ai vu des résultats qu'à partir de doses importantes; il est difficile de les chiffrer, mais elles ne sont pas inférieures à 3.000 R par porte d'entrée et, parfois, doivent être majorées fortement avec les précautions d'usage. Cette thérapeutique implique l'emploi de rayons profonds avec filtrage précis, permettant de donner une dose importante en ménageant le revêtement cutané;

3° Un point dernier que je ne puis passer sous silence : c'est le siège de l'irradiation. D'habitude, on irradie la région du ganglion de Gasser, mais j'ai vu des échecs à la suite de telles applications, alors que l'irradiation ultérieure du siège apparent de la douleur a donné un bon résultat. Je crois donc à l'utilité d'une porte d'entrée locale. Il faut par conséquent deux portes d'entrée : une locale, et une correspondante au ganglion de Gasser. »

CONCLUSIONS

I. — La glossodynïe, affection relativement rare, s'observe surtout chez des femmes ayant dépassé l'âge moyen de la vie.

II. — Les malades sont presque toujours des psycho-névropathes, des émotives, des sujets chez qui le seuil de la douleur se trouve particulièrement abaissé. Il est probable que cet état spécial de leur système nerveux agit comme cause prédisposante à la maladie.

III. — Les causes déterminantes sont multiples et diverses. On peut les diviser en deux grands groupes : causes d'ordre général, parmi lesquelles on classe toute une série d'états morbides, les uns d'origine syphilitique, les autres de nature diathésique, quelques-uns d'ordre toxique ou endocrino-sympathique. Causes d'ordre local, dans lesquelles on distingue deux variétés : à siège extra-lingual, telles que les lésions alvéolo-dentaires, les troubles gastro-intestinaux, les lésions otiques, la sclérose des vaisseaux cérébraux; à siège lingual, parmi lesquelles il faut surtout retenir l'amygdalite. Il y a cependant des cas où l'examen le plus minutieux ne permet pas de remonter jusqu'à une origine définie de la maladie.

IV. — La glossodynïe est susceptible de présenter deux variétés distinctes : la glossodynïe essentielle et la glossodynïe réflexe.

La première revêt trois formes cliniques :

a) la forme paresthésique, dans laquelle la douleur est localisée au territoire du lingual;

b) la forme rhumatismale, dans laquelle la douleur occupe généralement toute la masse musculaire

de l'organe, sans distinction marquée de tel ou tel muscle isolément;

c) la forme névralgique, dans laquelle la douleur occupe soit un rameau unique (névralgie unilatérale), soit deux rameaux pairs et symétriques (névralgie double).

La glossodynie réflexe se caractérise par une douleur ou sensation de brûlure occupant le territoire du lingual.

V. — Le pronostic est bénin au point de vue vital, il peut devenir sombre dans quelques cas où la douleur, par son intensité, empêche le sommeil et l'alimentation des malades. On peut en dire autant des cas de glossodynie chronique (assez fréquent), car les malades deviennent facilement hypochondriaques.

VI. — Le traitement est purement étiologique lorsque la cause de l'affection est connue. Dans le cas contraire, il relève des moyens ordinaires opposés à toutes les douleurs d'origine inconnue, c'est-à-dire pour les moyens généraux : bromures, belladone, chloral, valériane; pour les moyens locaux : les applications de cocaïne, la solution analgésique de Brocq, la cautérisation des papilles hypertrophiées par l'acide trichloro-acétique.

La radiothérapie précoce à doses suffisantes, avec porte d'entrée locale, qui a donné des succès dans des causalgies de cette région, serait peut-être susceptible de donner des résultats heureux.

Vu : Le Doyen,

G. ROUSSY.

Vu : Le Président,

LAIGNEL-LAVASTINE.

**Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.**

OBSERVATIONS

Observation I

Deux cas de glossodynie chez des tabétiques (Résumé)
(Dus à l'obligeance de M. Alajouanine)

Premier cas :

Il s'agissait d'un tabès tout à fait typique, avec la symptomatologie habituelle. Le malade s'était d'abord plaint de sensations paresthésiques, mais personne n'y avait fait attention quand, à un moment donné, s'est développé un tabès caractéristique; et ce sujet, que j'ai vu récemment encore, conserve toujours ces mêmes sensations, que les traitements n'ont modifié en rien : le pronostic est ici extrêmement défavorable.

Deuxième cas :

Dans un deuxième cas, j'ai vu des phénomènes du même ordre; mais là, c'est beaucoup plus tard que se sont développés les phénomènes de glossodynie paresthésique : alors que chez le premier malade cela avait été un signe de début, et c'est pour cette raison qu'il était resté inexpliqué, les sensations dans le cas présent, portant sur la langue, sont apparues d'une façon tardive, et c'est après une longue évolution qu'on a vu apparaître une glossodynie extrêmement typique. Aucune modification du liquide céphalo-rachidien : le traitement est resté sans effet.

Observation II

Un cas de glossodynie ayant la xérostomie
comme cause probable (Résumé)
(Dû à l'obligeance de M. Alajouanine)

Une femme de 52 ans m'a été envoyée il y a environ trois mois par mon ami le Docteur X..., chirurgien de l'Institut du Radium; d'après l'examen de cette malade par un stomatologiste, le diagnostic aurait été « ulcération néoplastique du début ». Le docteur X... avait fait une biopsie d'un ganglion sous-maxillaire qui était un ganglion banal.

J'ai donc vu cette malade qui se plaignait d'une sensation douloureuse portant sur le bord droit de la langue dans ses deux tiers antérieurs; sensation à peu près continue, qui s'accompagnait également de fourmillements et de brûlure.

L'examen de la langue n'a rien montré de particulier : toutefois, la malade disait avoir la bouche constamment sèche et, d'autre part, on notait une glande sous-maxillaire volumineuse et dure, légèrement douloureuse : d'après les dires de la malade, ces phénomènes cédaient en partie au moment de la mastication, la glossodynie diminuait, mais la tumeur indurée et volumineuse se gonflait davantage. Devant cette description, je suspectai un calcul salivaire. Je fis faire une radiographie qui ne montra rien d'anormal. Je fis examiner la malade par le docteur X..., qui me dit qu'il paraissait difficile de croire qu'il s'agissait d'une lithiase.

Je fis faire une épreuve à cette femme pour me rendre compte du rôle du manque de salivation : à ma grande surprise, après injection de pilocarpine qui détermina une sudation importante et une sécrétion salivaire du côté gauche, je constatai que le canal de Warthon et celui de Sténon ne présentaient aucune goutte de salive. J'en fus réduit

à conclure que le manque de salivation pouvait jouer un rôle dans cette glossodynie, et qu'il pouvait y avoir une sclérose de la glande sous-maxillaire, et des phénomènes irritatifs : c'est dans cet ordre d'idées que j'ai bâti une explication de cette glossodynie, explication qui est loin d'être complète; mais ce qui est certain, en tout cas, c'est que chez cette malade, la pilocarpine a amélioré d'une façon considérable la sensation de sécheresse et la sensation paresthésique.

Observation III

Un cas de glossodynie paresthésique
sous la dépendance
d'un trouble endocrino-sympathique (Résumé)
(Dû à l'obligeance de M. Alajouanine)

Ce cas concerne une femme âgée de 57 ans qui est venue me trouver parce qu'elle avait depuis le mois de novembre dernier des sensations extrêmement désagréables au niveau de la langue, telles que des brûlures bilatérales portant sur tout l'ensemble de la langue mais ne dépassant pas les deux tiers antérieurs de l'organe : ces sensations, après avoir été au début irrégulières, étaient devenues permanentes et extrêmement pénibles; fait curieux, ces sensations disparaissaient au moment de la mastication. Chez cette malade, la langue était normale : rien d'anormal à l'examen des dents qui avaient été vues par un stomatologiste; rien qui me permette de suspecter le tabès; d'ailleurs, cette femme était mère de plusieurs enfants bien portants; une seule chose était à signaler : une ménopause en voie de constitution et mal supportée avec des phénomènes extrêmement pénibles, bouffées de chaleur, etc..., et la malade notait qu'il y avait concordance absolue avec les bouffées de chaleur et ces sensations de brûlures qui,

brusquement, lui enflammaient encore plus la langue.

Chez cette malade, on ne trouvait donc qu'une seule chose : un trouble endocrino-sympathique qui était en concordance avec une glossodynie. Il me semble que chez elle on peut interpréter cette glossodynie spéciale comme étant due aux phénomènes endocrino-sympathiques.

En tous cas, c'est dans cet ordre d'idées que j'ai convenu une thérapeutique de sédation du système végétatif, belladone, gardénal, etc..., et j'ai pu savoir déjà que les résultats ont été intéressants.

Observation IV (1)

Glossodynie à type rhumatismal
(MM. Alajouanine, Thurel et Chico)

Mme P..., 40 ans, vient consulter à Bicêtre, le 18 janvier 1937, pour une sensation particulièrement gênante localisée à la langue et au rhino-pharynx. « C'est salé et ça brûle », dit la malade lorsqu'on l'interroge sur les caractères de sa souffrance. Cette sensation permanente et sans exacerbation est surtout marquée au tiers postérieur de la langue. Elle est considérablement diminuée en intensité par les mouvements fonctionnels de la langue ou lorsque la malade introduit un objet quelconque dans la bouche. Interrogée sur les circonstances dans lesquelles la douleur est survenue, Mme P... nous raconte l'histoire suivante :

Voilà 10 ans qu'elle a commencé à souffrir de céphalée d'effort localisée à la partie antérieure de la tête. Le moindre effort, la toux, le rire, étaient suf-

(1) Ces quatre premières observations ont été rapportées par M. Alajouanine à la Société de Stomatologie de Paris, lors d'un cours fait par cet auteur sur la Glossodynie Paresthésique.

fisants pour déclencher une crise dont la durée n'était que de quelques secondes (le temps de l'effort). Un médecin consulté attribua ce phénomène à la constipation de la malade et institua un traitement en conséquence, traitement qui ne fut suivi d'aucune amélioration. Mme P... continua donc à souffrir de sa céphalée d'effort, laquelle ne la gênait pas trop, car elle n'était atteinte d'aucune maladie toussigène, et en plus la malade n'a pas le rire facile, agents provocateurs les plus redoutés par elle. Sept ans se sont écoulés ainsi, au bout dequels la malade eut la grippe. A la suite de cette affection, la malade avait des accès fréquents de toux; ce qui la désespérait, car sa céphalée était en conséquence presque continue. Elle consulte à ce moment un médecin, qui diagnostique une sinusite frontale, et prescrit des pulvérisations contenant de l'acide phénique, de l'eau de laurier-cerise, du borate de soude et de la glycérine à 90°. L'application de ce traitement coïncida avec l'apparition de sensation de brûlure au niveau des fosses nasales. Malgré cela, elle continua les pulvérisations sans autre résultat que l'exacerbation des brûlures. Pendant trois ans, son médecin continua à lui prescrire des médicaments en vue de calmer cette douleur. Bon nombre de médicaments ont été essayé, depuis l'adrénaline jusqu'à la morphine et même l'héroïne en pulvérisations. En désespoir de cause, son médecin l'envoie à Beaujon dans un service d'oto-rhino-laryngologie. Là, on l'opéra d'une arête de la cloison. Cette intervention, qui a eu lieu en juin 1936, n'améliora que médiocrement la malade. Deux mois après, c'est-à-dire en août 1936, la sensation de brûlure s'est propagée à la gorge et à la langue. A partir de ce moment, Mme P... s'est cru atteinte de cancer et c'est hantée par cette idée qu'elle est allée consulter à nouveau son médecin. Celui-ci lui assure qu'il n'y a pas de cancer, et institue un traitement qui reste sans effet

sur la douleur. En raison de cet échec, il conseille à sa cliente de venir consulter à Bicêtre. C'est dans ces conditions, et présentant les signes subjectifs déjà énumérés, que la malade arrive dans le service de M. Alajouanine, six mois après le début de sa glossodynie.

Examen : On constate l'absence de toutes les molaires inférieures et supérieures, ces dernières étant remplacées par un appareil dont la portion métallique est formée d'une seule variété de métal. Les dents restantes sont en bon état. La langue est de volume normal, non douloureuse au toucher, sans aucune lésion appréciable à la vue et au toucher. Les papilles foliées, filiformes et fongiformes sont normales; il n'y a pas de dilatation des veines sublinguales. On constate une légère xérostomie en rapport sans doute avec les mouvements fréquents de déglutition faits par la malade pour calmer sa douleur.

L'examen complet apprend que tous les organes (poumons, cœur, foie, rate, estomac, intestins) sont sains. Au point de vue nerveux : réflexes tendineux normaux, le réflexe cutané plantaire se fait en flexion; le signe d'Argyll-Robertson n'existe pas. L'état général est excellent.

Cette malade présente donc une glossodynie à étiologie inconnue. On l'a traitée d'abord par des attouchements du ganglion sphéno-palatin avec le mélange de Bonain, ce qui n'a donné aucun résultat satisfaisant. La pilocarpine par voie buccale, qui a été essayée ensuite, a donné une amélioration assez marquée, mais transitoire. On continue ce traitement.

Observation V

Glossodynie à type névralgique unilatéral
(Personnelle)

Mme X..., 53 ans, forte et vigoureuse, bien qu'ayant ressenti des phénomènes rhumastismaux depuis son plus jeune âge, est, depuis environ sept ans, tourmentée par une douleur permanente de la langue. Cette douleur, qui présente les caractères d'une brûlure, siège au niveau du tiers postérieur du bord gauche de la langue. Elle est, en général, très supportable, mais subit des exacerbations assez fréquentes et pénibles pour la malade. La douleur disparaît pendant les mouvements fonctionnels de l'organe ou lorsque l'attention de la malade est absorbée par une distraction quelconque, tel que le cinéma. Elle ne s'irradie pas.

Mme X..., qui garde un souvenir très précis du début de sa souffrance, nous raconte l'histoire suivante :

En août 1929, elle se met à souffrir horriblement du tiers postérieur du côté gauche de la mâchoire inférieure, douleur qui s'accompagnait de névralgies faciales du même côté. Mme X..., qui était sur le point de quitter son pays natal, et qui accusait ses deux dernières molaires inférieures gauches de provoquer cette douleur, les fit arracher, en dépit des protestations de son dentiste, car elle craignait de souffrir pendant les trois semaines de voyage vers la France. Une seule des molaires sacrifiées présentait une carie minuscule. Un jour, après cette petite opération, la douleur a changé de siège et de caractère : elle s'est transformée en sensation de brûlure et s'est localisée au niveau du tiers postérieur du bord gauche de la langue. Dès lors, elle n'a jamais abandonné la malade. La névralgie faciale

fut vite guérie grâce aux applications d'une pommade à base de salicylate de soude. Tous les traitements (et ils ont été nombreux) employés dans le but de faire disparaître la sensation de brûlure linguale sont restés inefficaces. De temps en temps, lorsque la malade fait un excès de table ou ingère des mets épicés, la douleur devient très intense, empêchant même le sommeil. Une thérapeutique ayant pour but l'amélioration de l'état du tube digestif fait diminuer beaucoup l'intensité de la douleur sans toutefois la faire disparaître complètement.

Examen : Bouche bien soignée. Les dents en parfait état, la malade ayant fait remplacer les molaires arrachées par des pièces artificielles. La langue est molle, mobile, flexible. Les veines sublinguales du côté gauche sont plus volumineuses que celles du côté opposé. A la palpation, on ne constate aucune induration circonscrite ou diffuse de l'organe.

L'examen complet de la malade ne montre aucune lésion viscérale. Le système nerveux est intact.

Antécédents :

1° La scarlatine pendant son enfance;

2° Mme X..., qui est mariée, a eu des avortements à répétition. Ceux-ci ont été toujours provoqués par des émotions (la malade est extrêmement émotive). Elle a un fils de 25 ans très bien portant. Son mari est vivant et bien portant;

3° En février 1929, la malade a subi une intervention chirurgicale consistant en hystérectomie, ovariectomie unilatérale et appendicectomie.

Pendant sept années de maladie, Mme X... a eu le temps de consulter bien des médecins et d'ingérer quantité de médicaments. Tous les efforts faits

pour la guérir sont restés sans résultat. Une injection de novocaïne, qu'on lui a fait dernièrement en pleine zone douloureuse, n'a été suivie d'aucune amélioration.

Observation VI

Cas de glossodynie d'origine phobique (Prangnell)

Quand la patiente est venue me consulter, toutes les dents avaient été arrachées plusieurs mois auparavant. Elle avait été traitée ailleurs pendant environ une année pour douleur dans la langue. A l'examen, j'ai trouvé les papilles foliées rouges, enflées et douloureuses. La cancérophobie était tellement marquée qu'elle empêchait la malade de dormir. Je lui ai assuré fermement qu'elle n'avait pas un cancer. Le résultat fut surprenant. Non seulement l'état général s'améliora immédiatement, mais les papilles elles-mêmes devinrent normales.

La patiente attribua avec reconnaissance sa guérison rapide aux propriétés magiques de la « bouteille ». En réalité, la magie était contenue dans la phrase : « Vous n'avez pas un cancer ».

Observation VII

Glossodynie consécutive à une lésion de la corde du tympan (Azúa)

Homme de 32 ans, syphilitique, qui, ayant souffert pendant son adolescence d'otorrhée, a perdu beaucoup de son acuité auditive pendant ces deux dernières années. L'affection syphilitique, peu intense, fut traitée régulièrement pendant les pre-

mières années. Voilà cinq ans, lorsque ses troubles linguaux ont paru, on lui a fait subir des traitements intenses et inutiles, car il n'avait pas d'autres symptômes que les linguaux; et ceux-ci n'étaient sûrement pas de nature syphilitique. Très soucieux de la propreté de sa bouche, et ayant une denture en bon état, le malade n'a eu que de très légères gingivites, mais a souffert pendant les trois dernières années d'aphtes à répétition. Il vient me voir dans un état de grande tristesse et de préoccupation, à cause d'une sensation rare — comme de pesanteur douloureuse siégeant au niveau du bord gauche de la langue, la sécrétion salivaire étant épaisse et visqueuse.

Examen : Au niveau de la langue, il n'y a rien qui puisse indiquer la plus minime néoplasie. Le bord gauche est rouge, comme congestionné, et toutes les papilles se montrent normales sans qu'il y en ait aucune hypertrophique ou érosive.

Les veines sublinguales du côté gauche sont très dilatée, mais celles du côté droit semblent normales. Le malade fait remarquer que sa langue se colle au plancher buccal par une salive épaisse. On constate que la sublingale est gonflée, donnant l'impression d'une grenouillette.

Les sensations douloureuses n'ont pas une localisation précise, mais c'est en avant des papilles foliées, sur le bord gauche, qu'elles ont le plus d'acuité. Parfois, le patient a l'impression qu'on le pince à cet endroit-là.

J'ai pensé à l'influence possible de sa lésion auditive, et le Docteur Ernesto Botella, consulté à ce propos, m'informa qu'il existait une carie du manche du marteau; donc, une lésion de la corde du tympan pouvait être considérée comme possible. Etant donné ce fait, qui était d'accord avec les altérations sécrétoires de la sublinguale (salive épaisse

et collante, état turgescent de la glande) et l'état congestif du bord de la langue, nous avons considéré ce cas de glossodynïe comme dépendant d'une lésion de la corde du tympan. Nous considérâmes les aphtes présentés par le malade comme étant déterminés par l'emploi de compositions mercurielles à répétition. Très impressionné par son idée de cancer lingual, le patient n'accepta pas avec conviction l'idée d'attaquer sa maladie par une intervention chirurgicale sur l'oreille, qui était la chose la plus raisonnable; et partit pour Galice d'où un oncle, médecin, lui avait écrit de ne se laisser faire quoi que ce soit sur son oreille.

Observation VIII

Un cas de glossodynïe ayant comme étiologie
une amygdalite linguale
(Sluder)

Mlle L. B..., 32 ans, est venue me consulter le 20 octobre 1919 pour adénoïdite chronique. J'ai pratiqué l'adénoïdectomie le 28 octobre. Les résultats furent satisfaisants : l'état général s'améliora et la gorge devint indolore. Le 10 février 1921, elle revint me voir cette fois pour une amygdalite linguale aiguë. Les symptômes aigus se sont apaisés en 10 jours, mais un gonflement considérable des amygdales linguales a persisté avec besoin fréquent de se racler la gorge. Le 10 avril, je détruisis au galvano-cauthère une grande partie de l'amygdale linguale. Les résultats de cette opération furent : la diminution du volume de l'amygdale, la cessation du besoin de se racler la gorge et une amélioration générale de l'état de la gorge.

Le 10 octobre, Mlle L. B... me consulte encore une fois pour des troubles inflammatoires aigus siégeant au niveau des restes de l'amygdale linguale.

Accompagnés cette fois par une douleur dans le bord gauche de la langue, douleur qui se propageait jusqu'à la pointe de l'organe; il y avait une zone rouge juste en avant du pilier antérieur et une papille rouge et hypertrophiée sur cette région. Comme j'avais souvent observé ce phénomène accompagnant l'amygdalite aiguë et comme il s'apaisait avec la régression de l'attaque, j'ai pensé que cette fois il en serait de même. Je fus pourtant désappointé. Des applications d'azotate d'argent en petite quantité (50 %) au niveau de la zone rouge furent suivies par la disparition de la rougeur et le retour à la normale. Cependant, la douleur dans le bord de la langue persistait. En vue de cet échec thérapeutique, j'ai pratiqué l'anesthésie du ganglion nasal. La cessation de la douleur fut immédiate et n'est réapparue que deux semaines plus tard, époque à laquelle j'ai anesthésié le ganglion à nouveau. Cette fois, la douleur est restée absente pendant un mois. A ce moment, la cocaïnisation du ganglion fut pratiquée encore une fois. La douleur n'a pas reparu.

Observation IX

Cas de glossodynïe causée par des troubles
sous la dépendance de langue scrotale
(Azúa)

Homme de 45 ans, de nationalité allemande, non syphilitique, non buveur, habituellement en bonne santé. Un an avant de venir me consulter, il a présenté des sensations de brûlure quasi-constantes avec exacerbations nocturnes. Les liquides chauds ou froids et les corps durs tels que les croûtes de pain, les noisettes, etc..., qui donnent l'impression d'aspérité, augmentent la douleur. Très instruit, ce malade a beaucoup lu sur le cancer de la langue et est per-

suadé que si son cancer lingual ne se voit guère, c'est parce qu'il se trouve dans la profondeur de l'organe et de là cause les douleurs qu'il éprouvé.

Examen : Bouche en bon état, mais la 3^e molaire inférieure est cariée, et présente des saillies. La langue, flexible et mobile, est du type langue scrotale. C'est-à-dire avec des sillons parallèles formés par des plissements de la muqueuse, comme si celle-ci était trop grande par rapport au volume de la musculature de l'organe. La langue dans son ensemble apparaît plus grande que normalement. Toutes les papilles sont grandes, phénomène qui est fréquent dans la langue scrotale. En dépliant les sillons, on ne constate dans leur paroi ou dans leur profondeur, ni érosions, ni fissures, mais ils ont un aspect grisâtre tel qu'on le voit dans la macération épithéliale. Les veines sublinguales sont variqueuses sur les deux côtés. Le malade accuse une sensation de brûlure diffuse dans toute sa langue, se présentant dans les mêmes conditions que celles décrites dans l'anamnèse. Il présente en outre des sensations de picotement au niveau des bords sur lesquels les pièces dentaires laissent leur empreinte. La palpation n'est pas douloureuse, mais donne une sensation particulière, comme si la langue était grosse et rembourrée. La recherche de néoplasie nodulaire ou diffuse est négative. L'impression spéciale de matelas notée dans la langue m'a semblé due à l'épaisseur considérable des plis de la muqueuse.

En vue de ces faits, j'ai considéré que l'état scrotal de la langue (qui était congénital et familial) pouvait favoriser la rétention, dans la profondeur des sillons, des liquides buccaux et des débris alimentaires, créant ainsi une glossite épithéliale légère, sorte d'intertrigo, comme l'a appelé Besnier.

Cette lésion pouvait être le point de départ des

phénomènes douloureux accusés par le patient. Comme l'état d'obsession cancéreuse était très marqué chez le malade, j'ai employé toutes sortes d'affirmations et d'arguments pour le convaincre.

La cause de la maladie était connue, j'ai prescrit le traitement suivant : collutoire cinq fois par jour avec de l'eau oxygénée neutre. Chaque jour, le malade devait faire trois applications d'acide chromique à 1 %. Le malade devait faire pénétrer la solution dans la profondeur des sillons en dépliant ceux-ci.

Observation X

Cas de glossodynie déterminée
par une alvéolo-périostite chronique
(Azúa)

Homme de 45 ans, obèse, non syphilitique, qui présente des douleurs vagues et inconstantes à type de rhumatisme musculaire et fibreux. Quelques mois avant de me consulter, il a présenté des douleurs sourdes en permanence à la moitié postérieure du bord droit de la langue. Cette douleur prenait le caractère d'engourdissement lingual, le contact de l'organe avec les dents étant désagréable. Puis des accès douloureux sont apparus lorsque le malade mangeait ou parlait, sans douleur au toucher digital, sans troubles de la mobilité ni du goût. Alarmé depuis le commencement pour avoir eu un parent mort de cancer de la langue, ce malade a dépéri considérablement, car il se croit menacé du même danger.

Examen : Bouché peu soignée. Le malade ne mastique pas avec le côté droit à cause de la douleur produite par une alvéolo-périostite chronique des dernières molaires inférieures droites. Les pièces

dentaires de ce côté sont pleines de tartre. Les veines sublinguales des deux côtés sont variqueuses. Dans la région des papilles foliées existe une légère hypertrophie et entre les plis des papilles quelques points rouges, sans épithélium, pas plus grands qu'une tête d'épingle. Ces points rouges sont douloureux au contact du stylet. Vers la moitié du bord droit de la langue, on trouve quelques papilles fongiformes plus grandes que d'ordinaire et fortement rouges. Il n'y a pas la moindre tuméfaction ni résistance du tissu, qui est souple, flexible, sans sécheresse et sans douleur au toucher, parce que les points sensibles restent cachés sous les plis papillaires. La gêne est plus grande qu'au début de la maladie, elle se produit d'une façon spontanée (en dehors de la mastication et de l'usage de la parole), une douleur sous forme de sensation de piquûre survenant par crises à une heure fixe le soir. Son état l'inquiète beaucoup, car il est certain d'avoir un cancer. Ce malade m'a été adressé par un chirurgien auquel il avait parlé de déterminations extrêmes, « car tout est préférable à mourir de cancer de la langue », dit-il.

Je considère que la cause de ces troubles est la papillite due à la malpropreté du côté droit de la bouche et entretenue par l'état de ses veines sublinguales. J'ai manifesté au malade la sécurité la plus absolue qu'il n'avait pas un cancer et lui promit la guérison de son mal. Il a résisté à se laisser arracher les dents malades; ainsi on a eu recours à **traitement suivant** : valérienate de quinine, nettoyage buccal, fait dans la zone douloureuse au moyen d'une seringue à canule courbe, avec une solution d'antipirine et cocaïne à 3 o/oo et 1 o/oo respectivement. Très peu d'amélioration a été obtenue par ce traitement. On a donc traité le malade par l'extraction des molaires malades, la cautérisation point par point et avec douceur des papilles hyper-

trophiques et des petits points érosifs. On a obtenu une amélioration lente, mais qui persiste encore. Le malade a contracté la syphilis à 50 ans, mais ce fait n'a provoqué aucune récidiye de la glossodynie, malgré l'apparition de plaques muqueuses d'origine spécifique. Le tabac n'a aucune action fâcheuse sur la maladie. La stase des veines sublinguales n'a subi aucune modification.

Observation XI

Cas de glossodynie déterminé par l'inflammation
des papilles fongiformes
(Azúa)

Homme de 57 ans, sans autre maladie que la syphilis contractée à l'âge de 35 ans. Bien traité pendant quatre ans, elle donna des manifestations consistant en plaques muqueuses de la langue et le pharynx pendant les deux premières années, manifestations qui ne se sont pas répétées par la suite. Le malade, qui est extrêmement impressionnable, a une hérédité névropathique très chargée, cette condition étant aggravée par l'abus du cognac et du tabac.

Voilà plus de quatre ans qu'il a commencé à sentir, au niveau de la pointe et de la partie la plus postérieure du bord droit de la langue, des sensations de brûlure et de pincement, lesquelles se sont présentées avec des variations très marquées, de durée et d'intensité, avec des intervalles durant des semaines pendant lesquels le malade ne souffrait pas. Il a consulté plusieurs médecins qui lui ont recommandé le traitement par l'iodure de potasse et le mercure, thérapeutiques qui sont restées inefficaces.

Le malade a perdu toute confiance dans la

croissance (très consolatrice pour lui) qu'il s'agissait de la syphilis, et dès ce moment il vit dans l'angoisse, car il se croit atteint de cancer.

Examen : Bouche bien soignée avec des dents portant des incrustations auriques. Langue de volume normal, mobile, flexible, sans altérations papillaires, sauf au niveau du bord postérieur droit. A ce point, on constate au voisinage des papilles foliées la présence de deux papilles fongiformes qui sont hypertrophiées et rouges, comme érectiles. La palpation de ces papilles est un peu douloureuse; mais elles sont molles. Le tissu sous-jacent n'offre aucune résistance. On ne constate la présence de nodules d'induration dans aucun point de la langue. Le malade fait sortir fortement sa langue pour montrer ses papilles hypertrophiées, en assurant qu'elles sont le début d'un cancer. Le malade se plaint, en outre, de sécheresse dans la partie droite de la bouche, mais à l'examen on ne constate pas la diminution de la sécrétion salivaire. J'ai pensé que la glossodynie pouvait être attribuée à la papillite, celle-ci étant déterminée par l'abus du tabac, de l'alcool et des mets trop épicés que le malade absorbe.

Non sans peine, je suis arrivé à le convaincre qu'il n'avait pas un cancer. Puis, on a supprimé l'alcool, le tabac et les mets trop épicés, mais comme ce traitement était insuffisant, on a sectionné les papilles et cautérisé au moyen du thermocautère la section. On a fait ensuite des collutoires avec une solution de permanganate de potasse à 1 pour 4.000. La guérison fut obtenue au bout de quatre mois.

Observation XII

Glossodynie chez une femme présentant
une certaine tendance à l'obsession
(Baruk et Racine)

Mme B..., âgée de 44 ans, vient consulter pour des sensations pénibles de la langue et de la bouche.

Début en 1932 à la suite d'un grand surmenage. La malade avait soigné pendant de longs mois sa mère très malade (fatigue jour et nuit; puis mort de sa mère, ce qui a entraîné un choc émotif violent). Le jour du décès, la malade se luxa le ménisque du genou. Opérée à l'hôpital Tenon, reste six mois sans pouvoir marcher.

Reprend ensuite son travail d'ouvreuse de théâtre. Mais à ce moment apparaît un véritable syndrome de dépression nerveuse, à manifestations surtout physiques : battements de cœur, angoisse, fatigue.

Quelques mois après, brusquement, un dimanche de décembre 1932, survient dans la langue et la bouche une gêne d'abord indéfinissable, « comme une enflure ». Cette sensation s'accroît peu à peu durant le mois qui suit.

Un mois après apparaît une toux irritante, sèche, surtout la nuit. C'est après le début de cette toux que la gêne de la langue, de la bouche devient terrible, et que se constitue ce que la malade désigne sous le nom de « son mal ». Le mal consistant d'abord dans « mille sensations de brûlure », dans des sensations d'asphyxie qui l'obligeaient à tousser; « J'avais l'impression, dit la malade, que tous les tissus se gonflaient, et cela me donnait la sensation de vomir sans toutefois avoir mal au cœur. J'avais quelque chose qui montait, comme si quelque chose

se déversait dans ma gorge, comme un poison. Ça brûlait comme un corrosif. »

« Peu à peu, « le mal » s'est encore plus précisé. C'est devenu une sensation de corps étranger difficile à localiser. A un moment donné, il semble que c'est sur la langue, d'autres fois, sur le palais. A certains moments, ça durcit, à d'autres ça se ramollit comme caoutchouc. Je sens que quelque chose est gonflé au point que ça va m'étrangler, éclater. A ce moment-là, je sens comme des corps étrangers, comme des grains de millet et comme des veines gonflées, comme un liquide qui circule et que l'on croirait injecté, etc., je me sens obstruée. La lnette, c'est pas la lnette; c'est un clou qui rentre dans les chairs. Le palais, je le sens comme une plaie vivante. » A certains moments, elle a l'impression que le palais est déplacé, derrière le nez.

L'intensité de ce « mal » est extraordinaire; « il n'y a pas de mot », dit la malade, « assez fort pour décrire cette souffrance; c'est un mal affreux, immense, surhumain, incommensurable; une souffrance telle que c'est à se demander si elle ne va pas perdre la raison, et qu'elle a l'impression qu'elle ne pourra pas vivre jusqu'au lendemain. »

Ce « mal » est constant; il disparaît toutefois dans le sommeil et au cours de la mastication. Quand la malade mange, mastique, elle est considérablement soulagée. « Quand je mange, dit-elle, je reviens à la vie tout à fait. »

La parole tantôt la soulage, tantôt au contraire l'aggrave. La chaleur ou le froid, les épices semblent sans action sur le mal, ni dans un sens ni dans l'autre. Toutefois, le fait de boire entre les repas aggrave beaucoup les sensations pénibles. « C'est alors, dit la malade, une douleur comme si ça cingait, comme une douleur qui siffle. »

La malade éprouvait, en outre, au début, une

certaine sécheresse de la bouche avec une impression de durcissement des tissus « au point, dit-elle, qu'elle n'osait plus tourner la tête, craignant que les tissus ne se brisent tant elle les sentait parcheminés de sécheresse ». Cette sécheresse a disparu au bout de trois semaines.

La malade a dû abandonner tout travail. Elle ne peut plus penser qu'à ce mal toute la journée et ne s'intéresse plus à rien d'autre. Toute son activité est dirigée vers le fait de trouver des médecins qui puissent la soulager ou la guérir; aussi, les essais thérapeutiques faits depuis trois ans sont-ils aussi innombrables qu'hétéroclites : lavage, hydrothérapie, pointes de feu, réflexothérapie nasale, médications de toutes sortes, et même hystérectomie. Mais le mal persiste sans la moindre atténuation.

Ajoutons enfin que depuis l'apparition de la cénesthopathie localisée, les signes généraux de dépression nerveuse (asthme, palpitations) ont complètement disparu.

Examen : langue et voile. La langue est d'aspect normal. Les papilles du V lingual n'ont rien de particulier. La coloration de la muqueuse de la langue, du voile, est sensiblement normale.

A noter toutefois que la malade présente de très longue date des aphtes. Ceux-ci ont présenté une véritable poussée après le début de sa maladie actuelle. De temps en temps, on en voit apparaître quelques éléments.

La motilité de la langue et du voile est normale; la sensibilité est conservée à tous ses modes; le goût est également conservé. Le réflexe vélo-palatin est faible, parfois même presque impossible à déceler.

L'examen neurologique est par ailleurs entièrement négatif. Tous les réflexes tendineux et cuta-

nés sont normaux; aucun signe d'atteinte d'aucun nerf crânien; aucun signe pathologique moteur, sensitif ni trophique.

L'examen mental : hyperaffectivité contenue, caractère renfermé, peu expansif; tendance à l'isolement, au repliement sur elle-même. Le caractère égocentrique de la malade est très accentué. Elle ne pense qu'à elle et à sa langue.

Antécédents : 1) fortes migraines avec vomissements l'obligeant à se coucher; 2) aérophagie; 3) deux grossesses gemellaires (mort à un mois et à huit mois).

Examens spéciaux :

- 1) Fond d'œil normal;
- 2) Epreuves labyrinthique sont normales;
- 3) Appareil cardio-vasculaire normal;
- 4) Appareil respiratoire normal;
- 5) Urines normales;
- 6) Examen chimique du sang normal;
- 7) Numération globulaire (3.250.000 d'hématies);
- 8) Formule sanguine : normale;
- 9) Exploration du système neuro-végétatif : R.O.C. normal;
- 10) Liquide céphalo-rachidien : normal.
- 11) Métabolisme basal : + 5 %.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE. — Leçon faite à la Société de Stomatologie de Paris sur la Glossodynie Paresthésique (1928).
- AZUA. — Cánceres Imaginarios de la Lengua. Glossodinia. (Actas Dermato-sifilográficas, 1910.)
- BARUCK et RACINE. — Contribution à l'étude des cénesthopathies. Rôle possible de certains facteurs vasculaires. (In *Revue Neurologique*, 1936, p. 936, 949. Edit. Masson et Cie.)
- BESNIER. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 4 octobre 1887, p. 441.
- CHAUVEAU. — Glossodynies Latérales Papillaires de la Région Foliée. (*Journal des Praticiens*, 1899.)
- CARIAT. — Some Personal Experiences with Cases of Myasthenia Grovis. *Journal of the American Medical Association*, 77, p. 270, July 1921. (Copyright by American Medical Association, Chicago, Illinois.)
- CASTEX. — Des Glossodynies et le Syndrome de la Langue Brûlante (Burning Tongue). Thèse Bordeaux. 1921.
- Clément SIMON. — Article sur la Glossodynie. (*Nouvelle Pratique Dermatologique*, t. v, p. 753. Editeurs : Masson et Cie, 1935.)
- DARIER. — Précis de Dermatologie. (1928, p. 389, édit. Masson et Cie.)
- DÉCHAMBRE. — Article « Langue », dans Dictionnaire des Sciences Médicales, 1876, t. I, 2^e série, p. 377, 378. Edit. Masson et Cie.

- DIDAY. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1887, p. 424, 441.
- FERNET. — Affections de la Langue, de la Bouche et du Voile du Palais, in Nouvelle Pratique Dermatologique. Volume viii, p. 120. Edit. Masson et Cie, 1935.
- FOURNIER. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 27 septembre 1887, p. 424, 441.
- GILPIN. — Glossodynia. In Journal of American Medical Association, May 16 1936, p. 1772, 1924. (Copyright by American Medical Association, Chicago, Illinois.)
- HAGUENEAU. — Les causalgies à point de départ dentaire, in l'Odontologie, septembre 1936, p. 513, 522.
- HARDY. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1887, p. 424, 441.
- LAIN. — Chemical and Electrolytic lesions of the mouth caused by artificial dentures. Archives of Dermatology and Syphilology. Vol. 25, n° 1, janvier 1932, p. 21. (Publishers: American Medical Association, Chicago, Illinois.)
- LABORDE. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1887, p. 424, 441.
- LABBÉ. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1887, p. 424, 441.
- LANCY. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1887, p. 424, 441.
- LUYS. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1887, p. 424, 441.
- MAGITOT. — De la Glossodynie, Glossalgie, Rhumatisme Musculaire de la Langue. In Gazette de Médecine et de Chirurgie, 1887, p. 788, 791.
- MARSHALL. — The Papillæ Foliatæ and Carcinophobia. (British Medical Journal.) July 7, 1928, p. 13. Printed and Published by the British Medical Association. Tavistock Square, London.

- MONTGOMERY et CULVER. — Painful Tongue. (*Archives of Dermatology and Syphilology*, 26, 474, 477, septembre 1933.)
- PERRIN. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1887, p. 424, 441.
- PRANGNELL. — The Papillæ Folliatæ and Cancerophobia; in *British Medical Journal*. July 28, 1928, p. 177. (Printed and Published at the Office of the British Medical Association, Tavistock Square, London.)
- RIGAL. — *Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie Pratiques*. (1875, t. xx, p. 214, 215. Edit. Baillière et Fils.)
- SPENCER. — *Diseases of the Tongue*. 1900, p. 410, 411.
- SLUDER. — Some Clinical Observations on the Lingual tonsils concerning Goiter, Glossodynia and Facial infection. (*American Journal Medical Society*, 156, 248, 252, Aug. 1928.)
- SLUDER et GREENFIELD: — A case of Glossodynia with Lingual tonsilitis as its etiology. Control through the nasal ganglion. (*Journal of the American Medical Association*, 81, 15 July 14, 1923.)

